

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

383

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André BERNIS

Né le 8 octobre 1910, à Lacroisille-sur-Briance (Haute-Vienne)

Contribution à l'Étude clinique et radiologique

des

Pleuro-Pneumopathies

des Fièvres typhoïdes et paratyphoïdes

Président : M. P. CARNOT, Professeur

LIBRAIRIE MALOINE

Société anonyme d'Éditions Médicales et Scientifiques

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1937

383

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André BERNIS

Né le 8 octobre 1910, à Lacroisille-sur-Briance (Haute-Vienne)

Contribution à l'Étude clinique et radiologique

des

Pleuro-Pneumopathies

des Fièvres typhoïdes et paratyphoïdes

Président : M. P. CARNOT, Professeur

LIBRAIRIE MALOINE

Société anonyme d'Éditions Médicales et Scientifiques

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1937

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE..... Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.).. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK..... Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 DE GENNES... Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MÉNÉGAUX.... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET.... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHT Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 LARDENNOIS.... Pathologie chirurgicale.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 PHILIBERT..... Bactériologie.
 VAUDESCAL.... Obstétrique

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM. ALAJOUANINE. AUBERTIN. BRULÉ. CHABROL. CHIRAY. DONZELOT. DUVOIR. LIAN. VALLERY-RADOT (Pasteur). SÉZARY.	} Clinique médicale.	MM. BASSET. BROCQ. CADENAT. GATELLIER. HEITZ-BOYER. MOURE. QUENU. SCHWARTZ. VELTER.	} Clinique chirurgicale.
--	----------------------	--	--------------------------

MM. ÉCALLE. LE LORIER. LÉVY-SOLAL. METZGER.	} Clinique obstétricale.
---	--------------------------

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

J'offre ce modeste travail, faible témoignage de ma profonde affection et de mon infinie reconnaissance.

A MON FRÈRE JOSEPH (*in memoriam*)

A MON FRÈRE ADRIEN

A MES PARENTS

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PAUL CARNOT

Professeur de Clinique Médicale
Médecin de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui a bien voulu nous faire le grand
honneur de présider notre thèse. Hommage
respectueux.*

A NOTRE MAÎTRE

M. LE DOCTEUR DE LEOBARDY

Professeur de Clinique Médicale
Médecin de l'Hôpital de Limoges
Chevalier de la Légion d'honneur

Qui a été pour nous le maître bienveillant, a inspiré le sujet de cette thèse et nous a guidé dans sa réalisation.

Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de notre profonde admiration et de notre vive gratitude pour l'enseignement clinique qu'il nous a dispensé.

A M. LE DOCTEUR DURAND

Professeur à l'Ecole de Médecine de Limoges
Médecin de l'Hôpital

*En témoignage de notre reconnaissance
pour l'enseignement précieux qu'il nous a
donné.*

Hommage très respectueux.

A M. LE DOCTEUR VOUZELLE

Professeur de Clinique chirurgicale
Médecin de l'Hôpital

*Au maître que nous avons tant appré-
cié, en hommage de notre grande admi-
ration et de notre profonde reconnais-
sance.*

A M. LE DOCTEUR LABESSE

Médecin de l'Hôpital

*Qui a bien voulu nous guider dans notre
travail. En témoignage de notre profonde
gratitude.*

A M. LE DOCTEUR MARCEL FAURE

Chirurgien de l'Hôpital de Limoges

Qui nous a toujours assuré sa bienveillance.

En témoignage de nos sentiments très reconnaissants et respectueux.

A MES AUTRES MAÎTRES DE L'HOPITAL
DE LIMOGES

En reconnaissance de leur enseignement.

A MES CAMARADES D'INTERNAT

*En souvenir des bonnes années de
Salle de Garde passées ensemble.*

Contribution à l'Étude clinique et radiologique des Pleuro-Pneumopathies des Fièvres typhoïdes et paratyphoïdes

INTRODUCTION

Les pleuro-pneumopathies des fièvres typhoïdes et paratyphoïdes ne nous ont pas paru aussi exceptionnelles que l'on pourrait le supposer à la lecture des traités et des communications faits à ce sujet. Sans doute, à première vue, ces manifestations morbides de la maladie de Louis ne paraissent pas présenter un grand intérêt. D'évolution habituellement bénigne, ne demandant pas de thérapeutique particulière, elles semblent en plus, grâce à l'hémoculture et à la séro-réaction de Widal, d'un diagnostic facile et certain.

Pourtant il n'en est pas toujours ainsi et, comme le font si bien remarquer, après le Professeur Widal, A. Lermierre et Deschamps. (Leur similitude avec la tuberculose est parfois si complète que les observateurs les plus avertis sont amenés à formuler, sur le pronostic de ces accidents, des réserves que vient heureusement démentir l'évolution ultérieure de la maladie.)

Depuis leurs travaux, les progrès de la radiologie, la possibilité de la radiographie au lit du malade, sont venus apporter une aide efficace au diagnostic exact de ces infections. C'est à la suite d'une observation personnelle et de trois autres observations qu'à bien voulu nous communiquer

notre maître, M. le Professeur De Leobardy, qu'il nous a paru intéressant de reprendre dans une étude d'ensemble, cette question des manifestations pulmonaires des fièvres typhoïdes et paratyphoïdes, et d'y apporter les quelques données nouvelles que nous avons pu observer, en particulier les renseignements fournis par la radiologie.

Dans un premier chapitre, nous étudierons les diverses complications pulmonaires et pleurales dans lesquelles on observe le plus ces manifestations et les travaux déjà parus dans la littérature.

Dans un second chapitre, nous rapporterons les données fournies par la radiologie et les remarques faites sur les cas par nous observés.

Le troisième chapitre, verra l'exposé de nos observations.

CHAPITRE PREMIER

La bronchite des typhiques n'est pas à proprement parler une complication, on peut même dire qu'elle fait partie des symptômes de la fièvre typhoïde. En effet, si l'on ausculte un malade atteint de cette affection on constate, dans les deux poumons, des râles de bronchite, râles sibilants et ronflants plus ou moins étendus. Cette bronchite peut s'accompagner de signes fonctionnels: toux, dyspnée, comme aussi, n'être d'aucune gêne pour le malade.

Cependant, il n'en est pas toujours ainsi et la bronchite peut, dans certains cas, être le seul symptôme de début de la fièvre typhoïde à laquelle on ne pense pas tout d'abord.

Billout dans sa thèse, inspirée par le Professeur Gilbert, a signalé que la bronchite des typhiques peut prendre une telle intensité, qu'elle domine la scène morbide, s'accompagne de dyspnée, de cyanose et évoque tout naturellement l'idée d'une phtisie granulique.

Jean Minet dans un article de la *Presse médicale*, rappelle le cas d'un malade qui arrive à l'hôpital avec des phénomènes de bronchite aiguë banale. Rien ne permet de penser à une infection thyphoïde sauf cependant une légère hypertrophie de la rate. L'examen des crachats n'est pratiqué que par acquis de conscience. Il révèle une infection bronchique par le bacille de Gartner à l'état de pureté. L'évolution n'emprunte aucun caractère à la nature, si spéciale pourtant de la flore des crachats ; l'état du poumon s'améliore rapidement, la fièvre tombe et la guérison survient sans incident

Lemierre et Deschamps rapportent le cas d'une femme de 66 ans, admise à l'hôpital pour une bronchite généralisée avec une température de 40° et présentant de telles crises de suffocations que seule la morphine à haute dose pouvait la soulager. La première impression fut qu'il s'agissait d'une asphyxie granulique aiguë de Graves, mais l'hémoculture donna un bacille d'Eberth. La bronchite s'atténua rapidement et la dothientérie évolua avec une remarquable bénignité.

Il est certain que dans les cas semblables le diagnostic présente une grande difficulté car tout porte à croire à une tuberculose aiguë dont le pronostic est grave. Le laboratoire et aujourd'hui la radiographie, évite de faire de telles erreurs.

Ces faits rapportés ci-dessus sont pourtant rares, il n'en est pas de même de la congestion pulmonaire, complication fréquente et importante de la fièvre typhoïde...

*
* *
*

Cette complication pulmonaire revêt plusieurs types. Tantôt d'après Widal, chez un typhique qui n'offrait jusqu'alors que les symptômes de la bronchite habituelle, on voit la toux devenir plus fréquente, la respiration se faire plus rapide et à l'examen de la poitrine, on constate en une région, presque toujours à un lobe du poumon, les signes d'un foyer congestif, submatité légère, affaiblissement marqué du murmure vésiculaire, présence fréquente de râles fins.

Assez souvent, ce foyer congestif se localise au sommet du poumon (Gueneau de Mussy), Homolle, Peter) et l'on voit alors se constituer un syndrome qui peut simuler de tout point celui d'une tuberculose à marche rapide.

« On conçoit, dit Widal, l'intérêt clinique de ces cas dans une maladie qui donne un coup de fouet aux lésions tuberculeuses. Rudesse respiratoire, râles à la fois bronchiques

et alvéolaires, dont le timbre rappelle celui des craquements, bruits de souffle et même gargouillements; il semble bien au premier abord que ces symptômes traduisent bien une lésion bacillaire en voie de ramollissement. Il ne s'agit en réalité, que des bruits bronchiques amplifiés et déformés par la congestion pulmonaire, qui les transmet à l'oreille comme au travers d'une caisse de résonnance. »

Widal rapporte le cas d'une femme qui, après trois semaines d'une fièvre continue semblant bien être une dothiénenterie, présenta, au sommet gauche tout d'abord une prédominance des sibilances, puis de la submatité et un souffle coïncidant avec des râles sous-crépitanls aux bases, en même temps que la toux devenait opiniâtre et que la température prenait le type à grande oscillation.

L'hypothèse d'une tuberculose pulmonaire aiguë fut envisagée. La ponction du poumon et celle de la rate, en donnant l'une et l'autre un bacille d'Eberth, permirent de maintenir le diagnostic primitif.

Lemierre et Taberlet ont publié dans le *Bulletin et Mémoires de la Société de Médecine des Hospices*, l'histoire d'un malade atteint d'une fièvre typhoïde continue d'abord, puis oscillante, s'accompagnant d'amaigrissement extrême, de pâleur très accentuée, de toux, d'expectoration et de signes stéthoscopiques consistant en sibilances disséminées dans les deux côtés, foyers de râles sous-crépitanls aux deux bases, particulièrement serrés à droite et submatité au sommet gauche. La longue persistance des accidents et le progrès de la cachexie imposèrent le diagnostic de tuberculose aiguë et le malade fut passé dans un service de bacillaires.

C'est alors que survint chez lui un abcès thyroïdien dont l'incision entraîna la chute de la température en même temps que les signes respiratoires s'éteignaient graduellement. L'examen du pus thyroïdien donna un bacille para-

typhique A. Le sérum du malade se montra fortement agglutinant pour ce microbe. Il s'agissait d'un paratyphus avec localisations pulmonaires particulièrement intenses ayant simulé la tuberculose aiguë.

Dans un article de la *Presse Médicale* (Congestions pulmonaires à bacilles paratyphiques), le professeur J. Minet signale le cas d'un malade atteint de congestion pulmonaire chronique dont l'évolution se faisait par poussées successives, au cours desquelles le thermomètre remontait aux environs de 39° ou 40° et les crachats renfermaient des Bacilles Para B. Dans l'intervalle de ces poussées, la fièvre diminuait sans disparaître tout à fait ; les signes locaux s'atténuaient sans que leur résolution soit complète.

Au bout de quatre mois, ce malade dut être évacué. Il expectorait toujours des Para B ; une adénopathie trachéo-bronchique faisait tous les jours des progrès. Il était apparu un phlegmon de la base du cou par médiastinite propagée ou par thyroïdite qui nécessitait une intervention chirurgicale : « c'était presque une phtisie que l'on voyait évoluer, avec ses températures irrégulières, ses poussées évolutives, son amaigrissement, ses crachats purulents souvent striés de sang, et l'erreur était inévitable si l'on avait eu dans l'analyse bactériologique des crachats un procédé certain de diagnostic. »

L'analogie avec la tuberculose devient plus frappante encore lorsque les phénomènes congestifs se localisent à l'un des sommets pulmonaires. Un autre malade présentait une température élevée avec troubles dyspeptiques, toux, pleurodynie, râles humides à l'un des sommets, évolution paraissant devoir être grave, amaigrissement rapide et considérable.

Néanmoins une apparition discrète de taches rosées attira l'attention et l'examen des crachats fixa le diagnostic en suspens. Ultérieurement tout s'arrangea assez vite, l'état général se remonta, les râles devinrent plus secs, et moins

nombreux ; les bâtonnets spécifiques disparurent de l'expectoration où ils firent place à des cocci banaux. Lorsque le malade quitta l'hôpital après un mois d'apyrexie il conserva pourtant encore un peu d'obscurité respiratoire avec bronchophonie et quelques craquements secs (et qui l'eut examiné sans renseignements sur son passé l'eut pris à coup sûr pour un tuberculeux).

D'autres fois, les accidents simulent une phtisie chronique, évolution progressive pendant plusieurs semaines avec amaigrissement, fièvre irrégulière, douleurs thoraciques, toux ; aucun symptôme de typhoïde, anémie évidente, signes de ramollissement au sommet droit, crachats nummulaires, d'où l'analyse des crachats est seule à prouver la nature paratyphoïdique de l'affection.

Et J. Minet conclut : « Il me paraît inutile d'envisager l'hypothèse de foyers tuberculeux réveillés par l'infection paratyphoïdique ; jamais je n'ai trouvé le bacille de Koch dans les crachats examinés à peu près quotidiennement ; le bacille paratyphique A ou B, au contraire, infectait ces crachats, à l'état de pureté ; il ne viendra pas à l'idée de personne de le considérer comme un hôte parasitaire sans importance. »

Le Professeur Mouriquand pendant l'épidémie de 1914-1915 a observé chez une vingtaine de sujets atteint de fièvre typhoïde un syndrome pulmonaire caractérisé par une matité de bois, de l'abolition des vibrations vocales, de l'obscurité respiratoire, parfois un souffle à timbre pleurétique et des râles fins. La ponction restait blanche, on ne ramenait que quelques gouttes de sérosité. Ce syndrome pseudo-pleurétique à développement insidieux s'accompagnait quelquefois d'une expectoration hémorragique qui devenait ensuite muco-purulente ; il pouvait occasionner de la dyspnée et de la cyanose. La durée n'était jamais inférieure à trois semaines et pouvait atteindre trois mois.

En général, les symptômes étaient perceptibles à la base,

en arrière seulement. Dans trois cas pourtant ils siégeaient au sommet ; dans l'un de ces trois cas les symptômes généraux et locaux étaient tels que le diagnostic de tuberculose s'imposait. Ces cas se sont tous terminés par la résolution sans incident particulier.

C'est donc sous cette forme de complication, congestion pulmonaire, qu'on relève le plus grand nombre d'observations et qu'on est le plus embarrassé pour porter un diagnostic immédiat.

* * *

Pourtant bien qu'il soit rare de le rencontrer, on a signalé des cas de lésions pulmonaires typhiques et paratyphiques qui ont évolué vers la suppuration. Minet a rapporté l'histoire d'un homme qui présentait pendant plusieurs semaines un ensemble morbide rappelant celui de la phtisie chronique, amaigrissement, fièvre irrégulière, douleurs thoraciques, toux, aucun symptôme typhoïde, anémie évidente, signe de ramollissement au sommet droit, crachats nummulaires, mais ces crachats ne contenaient pas de bacille de Koch et leur ensemencement donna un bacille paratyphique B.

Lemierre et Deschamps ont vu chez un sujet atteint de parathyphus H. des signes d'excavation succéder aux signes de ramollissement et la guérison survenir finalement. Cette observation mérite d'être citée...

OBSERVATION

G... Louis, 24 ans, employé au métropolitain, qui se sentait fatigué depuis quelques jours, se réveille le 15 août 1920, avec un point de côté assez violent dans le côté gauche de la poitrine. Il se sent en même temps extrêmement courbaturé et éprouve un très violent mal de tête. Cet état se prolonge toute

la journée, la nuit suivante est sans sommeil, si bien que le 16 août il ne va pas à son travail. Il reste chez lui tous les jours suivants sans éprouver d'amélioration. Le 20 août, il est obligé de s'aliter avec la température de 38° ; les jours suivants la céphalalgie, l'insomnie, le point de côté persistent. L'anorexie est absolue. Il a quelques vomissements, le 7 septembre, il entre à l'hôpital Androl.

A son entrée, le malade a l'air fatigué. La température est à 40°, le pouls à 90°, la langue est saburrale, l'abdomen est souple, gargouillement dans la fosse iliaque droite, pas de tache rosée, la rate est percutable sur trois travers de doigt. On constate de la matité aux deux bases du poumon, à la base gauche, diminution des vibrations et quelques râles sous-crépitaux. Le malade tousse peu et expectore quelques crachats muqueux, blanchâtres. Il se plaint toujours de son point de côté, cœur normal, tension artérielle 16/7 (Pachon) (urines normales).

Le 9 septembre, l'examen des crachats au point de vue bacille de Koch est négatif. Le sérum du malade agglutine le bacille paratyphique A à 1/200.

Traitement : trois bains à 28° par jour, glace sur le ventre.

Le 14 septembre, à notre retour de vacances nous nous trouvons en présence d'un homme extrêmement pâle, à pommettes rouges, au faciès amaigri, absolument semblable à celui d'un phthisique. La température depuis l'entrée a oscillé assez irrégulièrement entre 38°5 et 40°. Le pouls est à 90°. La langue est rose et humide ; l'abdomen est souple, sans taches rosées ; il y a de la constipation, la rate est percutable sur à peine trois travers de doigt.

Le malade se plaint toujours de son point de côté, il tousse peu, les crachats sont toujours muqueux et blanchâtres. On constate sous la clavicule gauche de l'augmentation de la sonorité, de l'augmentation des vibrations vocales, de la diminution de la respiration, en arrière, on constate de la matité dans la moitié inférieure du poumon et de la diminution extrême des vibrations, l'auscultation permet d'entendre un souffle, à timbre

pleurétique, étalé ; il y a de la broncho-égophonie et de la pectoriloquie aphone. Dans le quart inférieur du poumon droit il existe également de la matité, un souffle léger à timbre pleurétique et de la pectoriloquie aphone sans broncho-égophonie.

Les jours suivants, sa température se maintient entre 39° et 40°.

Le 20 septembre, une hémoculture reste négative. Les signes pulmonaires ne se modifient pas. Le 23 septembre, on pratique un nouvel examen des crachats qui reste négatif pour le bacille de Koch et montre de nombreux pneumocoques.

Le 28 septembre, la matité, très accentuée, occupe les deux tiers inférieurs du poumon gauche ; les vibrations sont complètement abolies, le souffle a disparu et le murmure vésiculaire n'est pas perceptible. Une ponction exploratrice pratiquée en pleine matité ne donne que quelques gouttes de sang dont l'ensemencement reste négatif.

Les jours suivants, la température s'abaisse légèrement et se met à osciller entre 38° et 39°5 assez irrégulièrement.

Le 6 octobre, l'expectoration change brusquement. Des crachats blancs, muqueux sont remplacés par des crachats jaunes homogènes, nummulaires, franchement purulents et assez abondants. A ce moment, l'examen du poumon montre que les signes de percussion n'ont pas changé, mais à gauche de la colonne vertébrale, dans la région du hile, on perçoit un souffle assez rude, des râles sous-crépitants, de la broncho-égophonie et de la pectoriloquie aphone ; l'examen des crachats est négatif du point de vue bacille de Koch.

Le 13 octobre, le souffle a pris un timbre franchement cavitaires ; les râles sont devenus humides, les crachats continuent à être purulents et abondants ; après homogénéisation on n'y trouve pas de bacille de Koch. Un cobaye est inoculé avec les crachats ; sacrifié ultérieurement, il est resté indemne de tuberculose. Le sang agglutine encore le para A à 1/100.

Les jours suivants, les signes cavitaires deviennent de plus en

plus nets, tandis que l'expectoration continue. On a nettement l'impression, qu'il s'agit d'une vomique fractionnée. De nouvelles recherches de bacilles de Koch sont faites le 16 et le 18 et restent négatives. Les crachats qui à l'examen direct contiennent une flore très polymorphe, ont étéensemencés, sur plusieurs tubes de gélose phéniquée, de colonies de bacilles paratyphiques A.

Le 17 octobre, l'expectoration diminue, les crachats redeviennent muqueux.

Jusqu'au 20 octobre, les signes cavitaires ne se modifient pas, puis le souffle diminue progressivement d'intensité, les râles humides disparaissent et sont remplacés par des râles plus secs, plus fins et de moins en moins nombreux. Puis ces signes disparaissent, seules persistent plus longtemps la matité, l'abolition des vibrations et la diminution du murmure vésiculaire à la base gauche, elles ne s'atténuent que très lentement et n'ont pas encore complètement disparues au moment où le malade quitte l'hôpital.

La température est tombée entre 38° et 38°5 dès le lendemain de l'apparition de la vomique, à partir du 19 octobre, elle se maintient à 38° jusqu'au 22 octobre, moment où elle tombe définitivement à 37°.

Dès l'apparition de la vomique, le point de côté dont le malade se plaignait encore s'atténue et a disparu en quelques jours, en même temps que l'appétit a reparu et le malade a commencé à engraisser. Entre le 2 novembre, date de sortie de l'hôpital son poids a passé de 58 kg. à 68 kg.

L'examen radioscopique pratiqué le 6 décembre 1920, par M. Rolot-Lapointe a montré des adhérences à la base du poumon gauche, une zone assez obscure, montant sous forme d'une bande à peu près verticale de la base jusqu'à la limite inférieure du quart supérieur du poumon gauche, près du bord interne de l'organe, et enfin à la partie moyenne du poumon gauche une perte de substance arrondie, du volume d'une grosse noisette

entourée d'une ombre grisâtre. Le sommet droit présente un voile.

Nous avons revu G., au mois de janvier 1921. Sa santé est excellente, il a encore engraisé depuis sa sortie de l'hôpital.

On ne constate plus au poumon gauche qu'une très légère diminution du murmure vésiculaire.

Le malade dont il est question dans cette observation a présenté une pneumopathie correspondant exactement au type pseudo-pleurétique de Mouriquand ; seulement chez lui un point de parenchyme pulmonaire splénisé a évolué vers la suppuration et l'abcès, après s'être collecté s'est ouvert dans une bronche...

Comment, chez cet homme chargé d'une lourde hérédité tuberculeuse, au faciès hectique, pâle, amaigri, au pouls rapide, à la langue nette, atteint d'une pneumopathie si tenace, n'était-il pas indiqué de penser à l'occasion à la possibilité d'une infiltration bacillaire développée à l'occasion d'une paratyphoïde.

L'apparition des signes de ramollissement, puis de caverne en même temps que des crachats purulents et nummulaires ne pouvait que corroborer cette impression. Il a fallu l'absence de bacilles de Koch dans cette expectoration soit à l'examen direct, soit après homogénéisation, et l'échec de l'inoculation au cobaye, ainsi que la rétrocession complète des signes pulmonaires et le rétablissement du malade pour nous convaincre que la tuberculose pouvait bien réellement être écartée.

Malgré tout, ces cas sont extrêmement rares et il faut arriver maintenant aux complications pleurales des fièvres typhoïdes et paratyphoïdes pour trouver plus souvent, des affections à diagnostic difficile avec celui de la tuberculose.

* * *

Les pleurésies de la fièvre typhoïde sont souvent observées en clinique. Les premières observations remontent à Spiegel en 1624 et aux protocoles néocropiques de Cibrac en 1742, de Roederer et de Wagler en 1762.

Louis, le premier, en 1829, songe à une relation possible de cause à effet entre les deux affections considérées jusque-là comme indépendantes.

A ce moment, Laënnec révèle les règles primordiales de l'auscultation et désormais la pleurésie cesse d'être une trouvaille d'autopsie. Trousseau, Riellet et Barety font le diagnostic et tracent le tableau clinique des pleurésies typhiques. Ils insistent sur leur rareté, tandis qu'à la même époque des auteurs allemands (Griesenger, Hoffmann, Liebermenter) les considèrent au contraire comme d'une fréquence relative.

La Saigne dans sa thèse (Paris, 1879), distingue les pleurésies qui surviennent dans le cours de la fièvre typhoïde, de celles qui surviennent pendant la convalescence. Il insiste sur la nature tuberculeuse possible et même fréquente de ces dernières.

Mais ce n'est qu'avec les examens cytologiques et bactériologiques qu'on apprend à mieux les connaître. Labiche, Michel en font le sujet de leur thèse. L'Ecole lyonnaise en se basant sur les données précises du laboratoire (séro-diagnostic d'Arloing-Courmont venant compléter le séro-diagnostic de Widal, cytologie, inoculation au cobaye surtout) insiste sur la nature tuberculeuse fréquente des pleurésies de la convalescence.

Lasaigue a formulé avec exactitude les causes prédisposantes de ces pleurésies. Certaines conditions particulières semblent jouer un rôle dans la production de ces pleurésies : les saisons froides et humides, l'influence de certaines

épidémies, les mauvaises conditions hygiéniques, la détresse physique et morale enfin et surtout les conditions internes inhérentes aux individus malades!

Elles peuvent se produire à toutes les périodes de la maladie. Certains auteurs les situent à la période de déclin.

Siredey signale un cas de pleurésie typhoïdienne vingt et un jours après la défervescence complète en dehors de toutes récidives.

Marcel Labbé en cite un autre survenu au cours d'une récidive. D'autres les situent à la période d'état. Il s'agit alors d'un typhique qui présente tout à coup une recrudescence des symptômes respiratoires légers qu'il avait présenté jusque-là. Parfois même alors qu'il n'avait rien eu encore de ce côté, les signes éclatent au milieu de l'évolution de la maladie.

Le début se fait parfois par un point de côté, parfois par un frisson. Il peut être très insidieux et le malade présente seulement un accroissement de température et un peu de dyspnée. Aussi faut-il toujours soigneusement surveiller le thorax des dothienentériques...

Enfin, la pleurésie peut aussi être, avec une température élevée, le premier symptôme des fièvres typhoïdes et paratyphoïdes. Elle masque ainsi tous les autres signes. Des cas de ce genre furent décrits par Talamon et Lecorché, Fernet et Girode, Remlinger sous le titre de pleuro-typhus. Ce sont ces cas qui offrent les plus grandes difficultés, quant au diagnostic de nature. La pleurésie apparaît, alors que les symptômes de fièvre typhoïde n'existent pas ou sont si atténués qu'ils passent inaperçus. Très souvent on peut croire au léger embarras gastrique qu'accompagne fréquemment la pleurésie bacillaire.

En général, le malade entre à l'hôpital pour un point de côté violent, de la dyspnée, par ailleurs les seuls symptômes qu'il accuse le plus souvent sont de l'anorexie, parfois quelques vomissements, et un peu de diarrhée. Encore, ces

symptômes font-ils très souvent défaut surtout au début. La fièvre quelquefois très élevée est le plus souvent relativement légère.

L'épanchement, si l'on ponctionne, est peu abondant. Le liquide est d'ordinaire sérieux parfois hématique.

Roger et Rist au début de la guerre ont observé quelques cas. L'un de ces cas concerne un pneumotyphus dans lequel les symptômes initiaux furent ceux d'une pneumonie avec réaction pleurale. L'hémoculture avait été négative et le diagnostic restait en suspens. Mais l'ensemencement du liquide pleural, liquide polymorphe et riche en hématies donna du bacille typhique en culture pure. Ultérieurement les symptômes classiques de la fièvre typhoïde firent leur apparition.

A. Lemierre et Widal relatent le cas d'un jeune homme, chez lequel la fièvre typhoïde avait débuté quelques jours après la cure radicale de hernie par une pleurésie gauche, dont la nature éberthienne fut immédiatement établie par l'aspect de la forme cytologique et par la constatation du bacille spécifique dans l'épanchement. Cet épanchement se résorba rapidement et l'on perçut à la base du poumon un souffle tubaire intense, de gros râles humides et du gargouillement.

« Un observateur qui aurait négligé l'examen cytologique et bactériologique du liquide pleural aurait cru à l'existence d'un vaste foyer de pneumonie caséreuse. Cette erreur n'eût été que de courte durée, car deux jours plus tard les symptômes de la base gauche avaient complètement disparu. »

Le diagnostic de la pleurésie elle-même est très facile. Mais, en général, on ne pense pas à une manifestation due aux bacilles typhiques ou paratyphiques si cette pleurésie est primitive. On pense à la tuberculose et si d'autres signes auscultatoires apparaissent on est tout à fait induit en erreur.

Si la pleurésie fait son apparition au cours d'un état

infectieux, il ne faut pas non plus porter trop facilement le diagnostic de pleurésie typhique. Chacun sait, en effet, que la tuberculose est capable d'emprunter, pendant plus ou moins longtemps, les traits de la fièvre typhoïde ou des fièvres paratyphoïdes, avant de se trahir par l'éclosion d'une localisation portant l'empreinte de la bacillose, telle qu'une pleuro-pneumopathie. C'est la typho-bacillose de Landouzy. Or le diagnostic différentiel de celle-ci avec les maladies typhoïdes est l'occasion des difficultés les plus grandes, même en utilisant les procédés de laboratoire. Les réactions agglutinantes, l'hémoculture sont, avec les taches rosées, les meilleurs signes d'une dothiéntérie. Lorsque pour des raisons diverses, ces trois indices sont discutables, le doute persiste. Or, la séro-réaction peut être inutilisable en raison de la vaccination antityphoïdique préalable du malade ; en outre, les propriétés agglutinantes du sérum sanguin n'ont une signification que si elles existent à un taux élevé (1/80 au moins). De même une hémoculture négative ne permet pas d'affirmer qu'il n'y a pas typhoïde.

Mais aujourd'hui grâce à la radiographie il nous est permis de porter un diagnostic exact.

CHAPITRE II

Ces diverses pleuro-pneumopathies signalées et étudiées par ces auteurs offrent souvent on le voit de sérieuses difficultés quant au diagnostic et surtout quant au pronostic. Pourtant, grâce au laboratoire et aussi à l'évolution ultérieure de la maladie, de graves erreurs pouvaient être évitées il y a seulement quelques années.

En effet, la confusion d'une pseudo-typhoïde tuberculeuse avec une typhoïde peut causer de grands préjudices aux malades. Ainsi la thérapeutique habituelle contre les fièvres typhoïde et paratyphoïde commande la diète liquide rigoureuse, l'alimentation ne devant commencer qu'après une semaine ou plus, de température normale. Il est bien évident que cette thérapeutique est tout à fait contre-indiquée si nous sommes en présence d'une tuberculose pulmonaire ou pleuro-pulmonaire. On a souvent commis cette erreur et favorisé une débilitation des malades si propice à l'évolution de la bacillose. De même, on a vu maintes fois des malades qui portaient pour un séjour au bord de la mer en guise de convalescence de la fièvre typhoïde. Inutile de dire que certaines de ces victimes, après un séjour de un ou deux mois dans un climat marin, ont vu leur lésion de tuberculose pulmonaire, méconnue, prendre une rapide aggravation.

Inversement, si on fait cette grave erreur de diagnostic et qu'on prenne pour des manifestations tuberculeuses ces pleuro-pneumopathies typhiques et paratyphiques, on se rend

compte aisément du danger des thérapeutiques employées. Il nous est arrivé de vouloir tenter un pneumothorax d'urgence chez une malade présentant une de ces pneumopathies. Fort heureusement la radiographie nous fit abandonner notre premier diagnostic.

Et c'est ainsi que nous nous sommes aperçus de la grande utilité de la radiographie dans ces manifestations relativement difficiles à connaître au premier abord. Dans les observations que nous rapportons plus loin, nous avons remarqué, dans trois cas, que ces pneumopathies typhoparatyphiques ont été, pendant toute une période de la maladie, la seule expression de la dothiéntérie qui s'est montrée aussi peu intestinale que possible. A tel point que l'idée d'hémoculture ou de séro-réaction de Widal ne put même pas nous venir à l'esprit. Dans certains cas, devant les symptômes nets et les signes d'auscultation non moins nets nous avons fait, sans hésiter, le diagnostic de pneumonie caséuse. Tout était prêt pour tenter un pneumothorax qui est le traitement de cette affection. C'est seulement devant l'inattendue et stupéfiante réponse de l'écran et du film qu'on fut amenés à penser à la possibilité d'une manifestation extra-intestinale de la fièvre typhoïde. Cette hypothèse fut d'ailleurs facilement confirmée par les données de laboratoire : hémoculture et séro-diagnostic. Dans d'autres cas, l'évolution clinique de la maladie vint signaler l'affection : ce fut l'apparition d'hémorragie intestinale, de diarrhée, de taches rosées lenticulaires ; chez d'autres l'évolution en deux temps : une phase pulmonaire avec absence de tout signe intestinal, les selles étant même normales. Puis disparition étonnante des phénomènes pulmonaires et apparition d'une dothiéntérie classique nécessitant toutes les minuties, ses précautions abdominales : diète, glace, etc. sous la menace des classiques complications : hémorragies, perforation intestinale. Et au bout d'un certain temps tout est rentré dans l'ordre.

Un point nous a paru particulièrement intéressant à signaler, étant donné qu'il est encore assez inexploré : c'est l'étude radiologique de ces pneumopathies. Ce qui nous a semblé tout à fait remarquable c'est que ces manifestations pulmonaires sont transparentes aussi bien à l'écran que sur le film. Très « audibles » les pneumopathies des fièvres typhoïdes et paratyphoïdes sont « invisibles ».

Ce signe radiologique est absolument caractéristique et s'oppose absolument à ce que l'on trouve dans les pneumonies caséeuses, parfois peu audibles mais toujours très visibles. Si dans la très intéressante observation de M. le Professeur Lemierre et Deschamps faite en 1920, M. Rolot-Lamointe a montré à la partie moyenne du poumon gauche une perte de substance arrondie et des ombres juxta-médiastinales, on est en droit de penser qu'il s'agissait d'une image tardive d'un foyer suppuré peut-être par infection secondaire, à la manière d'une parotidite par exemple.

La radiographie nous a permis de constater, de même que la clinique, que le pronostic de la fièvre typhoïde n'est pas assombri du fait qu'il y a une manifestation pulmonaire, aussi bien pneumo que pleuro-typhus.

De même, chez les sujets que nous avons revus, nous n'avons trouvé aucune séquelle. Ils n'ont donc été nullement prédisposés à la tuberculose comme on pourrait le croire, et les images thoraciques, prises plusieurs mois ou années après la convalescence, restent absolument normales.

CHAPITRE III

OBSERVATION I (Professeur de Léobardy).

Mme M..., âgée de 28 ans, jouissant d'une santé parfaite jusqu'alors, était allée faire une saison à Salis-du-Salat.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires : père mère bien portants.

On relève dans son passé les maladies de l'enfance, rougeole, coqueluche, scarlatine qui furent sans gravité. Elle n'a pas été vaccinée contre la fièvre typhoïde.

Elle revient le 4 août de Salis-du-Salat parce qu'elle est très fatiguée et fébrile.

Elle est vue le 5 août 1935.

Elle présente alors une température à 40 degrés, un pouls à 120. Elle est dyspnéique et tousse assez fréquemment mais cette toux n'est pas gênante.

A l'auscultation, on entend des sibilances très discrètes dans tout le poumon droit, rien au poumon gauche. On pense à une bronchite grippale ; on donne une potion.

Le 6 août, elle présente les mêmes signes.

Le 8 août, on constate l'apparition de signes de condensation du sommet droit : matité très nette. Il n'y a pas de souffle mais des râles nombreux, muqueux, humides, quelques craquements et quelques sibilances. Ces signes sont à peine perceptibles en avant dans la région sous-claviculaire, très nets au contraire en arrière dans la région interscapulo-vertébrale.

L'état général de la malade est très mauvais. Elle n'est pas très

abattue, mais elle est pâle et dyspnéique surtout quand elle est couchée du côté droit.

Elle crache assez abondamment. Ces crachats sont muqueux, non purulents.

On ne remarque chez elle aucun signe intestinal. La langue est très propre. Il n'y a aucun tufos.

Pourtant la malade fait toujours de la température : 40° le soir, 39°7 le matin.

On demande le Dr D... en consultation. Celui-ci, et nous-mêmes, étant donné l'amaigrissement rapide, la dyspnée, les signes d'auscultation, l'expectoration qui ne montre ni pneumocoque, ni bacille de Koch, redoutons une pneumonie caséuse.

Le Dr D... conclut formellement à l'utilité de tenter un pneumothorax.

Toutefois, avant de tenter ce pneumothorax nous voulons faire une radiographie pour préciser la lésion et voir si l'autre côté ne présente pas, comme c'est fréquent, un essaimage miliaire inaudible.

La malade étant trop fatiguée pour être transportée nous essayons une radiographie avec l'appareil portatif Phylipps. Le courant est pris sur la lumière.

Nous tournons avec précaution la malade, nous mettons le grand écran 36,43, l'ampoule à 50 cm.

Nous obtenons un premier film qui à notre grande stupéfaction ne donne absolument aucun signe radiologique.

Nous pensons à une erreur de technique et malgré la fatigue de la malade nous tirons un deuxième cliché qui donne exactement la même image thoracique.

Devant la négativité des signes radiologiques, nous demeurons dans l'expectative.

A ce moment, la malade présente d'importants épistaxis.

Le 9 août, les symptômes généraux sont les mêmes, mais les signes pulmonaires s'atténuent. Ils ont même complètement disparu le 10 août.

Le 11 août, devant ces signes vraiment déconcertants, nous pratiquons une hémoculture.

Quelques gouttes de sang servent à faire un séro-diagnostic qui se montre très légèrement positif au 1/20 pour le bacille typhique. Cette agglutination n'attire pas notre attention.

Après quarante-huit heures, l'hémoculture donne des germes très mobiles à gram négatif agglutinés au 1/1000 par le sérum préparé pour bacille typhique.

En même temps, chez la malade qui a toujours le même état général, apparaît une diarrhée et des signes de pyélonéphrite. Pourtant il n'y a toujours pas de tûphos.

Le 15 août, la malade présente cette fois à peu près tous les signes de typhoïde sévère : tûphos, diarrhée, gargouillement dans la fosse iliaque.

Il y a même une sérieuse défaillance cardiaque qui nécessite l'ouabaïne intraveineuse.

On fait le traitement classique : glace sur le ventre, régime.

Le 20 août, le séro-diagnostic est positif au 1/500^e et on remarque l'apparition d'éruption papuleuse, taches rosées lenticulaires.

Le 16 août, on administre *per os* à la malade un auto-vaccin fait avec les germes de l'hémoculture et, coïncidence, il se produit une défervescence progressive avec guérison normale sans stade amphibole.

Comme séquelles de sa maladie, la malade a présenté une légère pyélonéphrite et une cholécystite qui ont guéri en un mois.

Suivie par nous, elle jouit d'une santé parfaite et n'a jamais eu aucun phénomène pulmonaire.

OBSERVATION II (Professeur de Léobardy).

Mme B..., 23 ans, a toujours eu une bonne santé. Elle est mariée et a un enfant bien portant. On ne trouve rien à signaler dans ses antécédents familiaux : son père et sa mère sont également en bonne santé.

Dans ses antécédents personnels : elle a eu la rougeole et la varicelle. Elle n'a jamais été vaccinée contre la typhoïde qu'elle n'a pas eue.

Elle est tombée malade vers le 1^{er} avril. Le début a été progressif. Elle éprouvait une certaine lassitude, elle perdait l'appétit et elle souffrait de douleurs dans le creux de l'estomac.

Elle est allée deux fois en consultation chez le D^r D... qui ne lui a rien trouvé. Mais comme elle toussait beaucoup (quintes coqueluchoïdes) elle a vu le D^r M... qui a diagnostiqué une coqueluche et lui a donné quelques calmants.

Mais la température est montée à 40° et s'est maintenue en plateau plusieurs jours.

Elle n'avait pas de tymphos, pas de céphalée ni épistaxis.

Pourtant elle avait toujours ces quintes de toux et elle expectorait légèrement.

Une huitaine de jours avant son entrée à l'hôpital elle a présenté une diarrhée avec coliques. Dès qu'elle prenait quelque chose elle avait besoin d'aller à la selle.

Le D^r C... appelé à l'examiner, remarque toujours cette toux rebelle. Son poulmon gauche est mat, et il entend à l'auscultation quelques râles. Il fait le diagnostic de pleurésie sèche.

Mais la température est toujours à 39 ou 40°.

L'état général est mauvais. La malade a beaucoup maigri. L'anorexie est complète, elle n'a ni faim ni soif.

On rappelle le D^r D... qui pense alors à une pneumonie caséuse et fait entrer la malade à l'hôpital le 5 mai.

A ce moment, la température se maintient aux environs de 38°. La malade a toujours de la diarrhée. Elle est pâle mais n'a pas de tymphos. Sa langue est propre. On ne trouve pas de taches rosées lenticulaires. La rate est à peine perceptible.

Mais on constate des signes nets de condensation pulmonaire au sommet. A la percussion : matité très marquée. A l'auscultation : respiration légèrement soufflante, râles muqueux peu humides et quelques craquements. Tous ces signes sont surtout perceptibles en arrière.

Devant cette symptomatologie, le diagnostic de pneumonie caséuse est toujours présent et on songe à tenter un pneumothorax.

Pourtant, pour préciser la lésion et voir si l'autre poumon ne présente rien d'anormal, on fait radiographier la malade le 6 mai.

Etonnement général : il n'y a absolument aucun signe radiologique.

La température persistant, on fait un séro-diagnostic le 8 mai. Il est positif au 1/500 au bacille d'Eberth, négatif aux bacilles paratyphiques A et B.

On prescrit alors le traitement habituel de la fièvre typhoïde : glace sur le ventre, diète, tonicardiaque. On fait également chaque jour du vaccin antityphique E. La température descend à 37°.

L'état général s'améliore mais la malade se plaint de troubles urinaires : envies fréquentes d'uriner, douleur à la miction. Ses urines sont troubles et un examen de laboratoire fait le 10 mai confirme la présence de pus dans les urines.

La malade crache assez abondamment et le 10 mai on fait faire une analyse de crachats dans lesquels on ne trouve pas de bacille de Koch, mais quelques bacilles d'Eberth.

On garde la malade quelque temps encore à l'Hôpital et comme elle ne fait plus de température, que les signes pulmonaires ont complètement disparu, on la fait sortir le 25 mai.

Depuis, la malade est complètement guérie. Elle a eu une convalescence courte et a repris sa vie normale.

OBSERVATION III (Professeur De Leobardy).

Mlle M..., qui est âgée de 21 ans, a toujours été bien portante jusqu'alors.

On ne remarque rien de particulier dans ses antécédents héréditaires : son père et sa mère sont bien portants.

Antécédents personnels. — En 1930 Mlle M... a fait une paratyphoïde B... confirmée par hémoculture et séro-diagnostic.

Elle est tombée malade en février 1933. Depuis quelque temps elle se sentait fatiguée et elle toussait.

Un soir elle prend sa température et remarque qu'elle a 39. Elle fait venir le Dr D... qui l'examine et ne trouve rien de particulier. Ce dernier lui ordonne des calmants et lui recommande de prendre sa température matin et soir.

Quelques jours plus tard il est rappelé, et c'est pour examiner une malade qui tousse toujours et dont la fièvre est continue.

Il n'y a pas de troubles digestifs ; la langue est propre : la malade est seulement un peu constipée. Elle n'a pas maigri et ne présente aucun tufos.

La température est toujours irrégulière ; elle monte à 40 degrés de temps en temps.

Comme la malade tousse par quintes assez violentes, on pense à une coqueluche. Mais quatre ou cinq analyses de crachats (recherche du bacille de Bordet-Gengou) sont négatives.

On pense alors à une typhoïde bien qu'il n'y ait aucun trouble intestinaux, et à deux reprises on fait une prise de sang pour hémoculture. Les deux fois ces hémocultures sont négatives.

Pourtant la malade continue à tousser et vers le 20 février on entend à l'auscultation du sommet du poumon droit de la résonance de la voix et de la toux et quelques craquements.

On pense à une tuberculose et malgré la température élevée à 40°2 ou 40°4 on fait une radiographie le 23 février.

Ce premier film ne révèle rien d'anormal et on croit qu'il n'y a cause d'erreur. Mais pendant un mois environ la température reste élevée, présentant parfois le type amphibole. Mlle M... a beaucoup maigri et présente une diarrhée l'obligeant à aller à la selle sept ou huit fois par jour.

Vers le 20 mars, on fait une autre radio et, à part des ganglions, ce nouveau film ne révèle encore rien d'anormal.

On fait alors un séro-diagnostic qui est fortement positif à l'Eberth.

On institue le traitement habituel de la fièvre typhoïde et on donne un auto-vaccin à ingérer.

La température descend peu à peu et la malade entre bientôt en convalescence.

Depuis, Mlle M... a toujours travaillé et il ne lui est resté aucune séquelle.

OBSERVATION IV (*personnelle*).

M. R..., 23 ans, toujours bien portante jusqu'alors, tombe malade le 16 février 1935.

On ne trouve rien à signaler dans ses antécédents familiaux. Comme maladie du jeune âge il a eu la rougeole et les oreillons. Il n'a jamais été vacciné contre la fièvre typhoïde.

Depuis quelques jours M. R... se sentait fatigué. Le 16 février il éprouve une vive céphalée, des douleurs lombaires, des courbatures, une lassitude générale. Il n'a plus d'appétit et est très constipé.

Sa température, qui est de 37°8 le matin, monte à 38° le soir à 5 heures.

Le malade garde la chambre. Il tousse lorsqu'il change de position dans son lit.

Le Dr R... est appelé le 21 février. Il trouve un malade fatigué et en l'examinant constate à la percussion qu'il y a une matité nette à la base du poumon droit. Il n'entend plus le murmure vésiculaire et il y a une abolition complète des vibrations.

Le Dr M..., qui est appelé, confirme le diagnostic d'épanchement et fait entrer le malade à l'Hôpital le 24 février.

Le Dr D... qui l'examine dans son Service constate les mêmes symptômes et en plus un léger souffle à la partie supérieure de l'épanchement.

La température à ce moment est de 37° le matin et 38° le soir.

Le malade est laissé au repos mais le liquide de l'épanchement augmente. La limite de cet épanchement est vers le 28 février à environ deux travers de doigt au-dessus du mamelon du sein.

Le liquide ne se résorbant pas spontanément, on fait une ponction par laquelle on retire 250 cmc. Cela occasionne pendant une dizaine de jours un léger abaissement de la température : 36°8 le matin, 37°6 le soir.

Une légère lame liquidienne persiste cependant à la base du poumon. On administre alors du chloro-calcion à haute dose (600 gouttes par jour pendant 4 jours).

Cette thérapeutique fait à peu près disparaître le liquide mais occasionne une légère élévation de température (37°2 le matin, 38°2 le soir).

Le malade est jugé assez parfaitement remis pour se faire radiographier et le 28 mars on obtient une radiographie sur laquelle on voit l'image normale d'un reste d'épanchement.

Le lendemain, il se produit une élévation de température à 39°, température qui est mise sur le compte du déplacement à la radio. Mais le jour suivant, le malade a 39°9 le soir, 39°2 le matin. Deux jours après, par une ascension en escalier la température est à 40°4 et s'y maintient pendant sept jours, du 31 mars au 6 avril.

Cette élévation subite a été accompagnée de frissons, de courbatures et d'un grand abattement.

Le 7 avril, la température descend subitement de 40° à 38°4, et le malade présente une diarrhée sanglante qui l'oblige à aller à la selle jusqu'à dix fois par jour.

Devant ces symptômes, température, diarrhée sanglante, on pense à la fièvre typhoïde. On prend un peu de sang pour une hémoculture qui est négative. On fait de même un séro-diagnostic qui est aussi négatif.

Cette diarrhée dure environ quatre jours et la température présente alors le type amphibole : 40° à 40°2 le soir, avec rémission importante le matin, 38°4.

Mais à ce moment on remarque au sommet droit tous les

signes d'une condensation pulmonaire : matité, résonance de la voix et de la toux ; quelques craquements. On pense alors à une typho-bacillose et, comme le malade n'est pas transportable, on fait faire une radiographie au lit avec l'appareil portatif. Cette radiographie ne révèle rien d'anormal au sommet, l'épanchement a disparu à la base.

La température restant toujours élevée, on fait un badigeonnage au gâïacol et peut-être sous l'influence de ce badigeonnage, la température baisse régulièrement de 1 à 2 dixièmes de degrés chaque jour, en présentant le type amphibole, pour atteindre 37°4 le matin, 38° le soir vers le 5 mai.

Le malade regardé alors comme transportable, quitte l'hôpital le 7 mai, pour aller à la campagne.

Il se lève pour la première fois le 25 mai, sa température étant stabilisée aux environs de 36°8 le matin, 37°6, 37°8 le soir.

Après trois mois de repos, le malade qui est complètement guéri peut reprendre son activité. Il pèse 83 kilos.

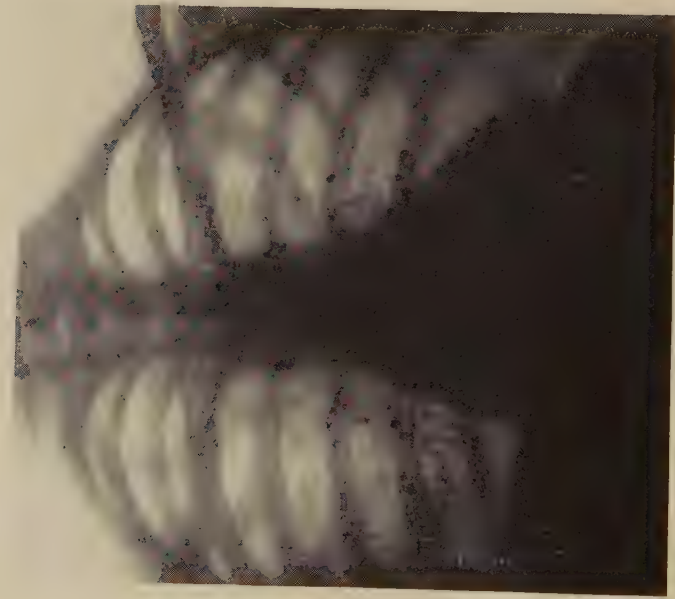
Un séro-diagnostic fait en septembre est positif. Depuis M. R... jouit d'une santé parfaite.



Radiographie de l'observation n° II.



Radiographie de l'observation n° I.



Radiographie de l'observation n° IV.



Radiographie de l'observation n° III.

CONCLUSIONS

1° Les pleuro-pneumopathies des fièvres typhoïdes et paratyphoïdes ne sont pas tellement exceptionnelles quand elles constituent l'unique substratum pathologique de l'affection. Elles sont d'un diagnostic difficile, l'absence de tout signe intestinal éloignant l'idée d'une dothiéntérie et par suite de leur grande similitude avec la tuberculose pulmonaire ;

2° Elles ont des signes radiologiques absolument caractéristiques quand il n'y a pas d'épanchement pleural. Ces pneumopathies sont invisibles à l'écran et sur le film ;

3° Le pronostic des fièvres typhoïdes et paratyphoïdes n'est pas assombri du fait qu'il y a une manifestation pulmonaire aussi bien pneumo que pleuro-typhus ;

4° Les sujets qui ont été atteints de ces affections pulmonaires ne sont nullement prédisposés à la tuberculose ;

5° Elles ne laissent aucune séquelle clinique ou radiologique. Les images thoraciques prises plusieurs mois et années après la convalescence restent (normales).

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu : le Président de la thèse,
P. CARNOT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

1. ACHARD. — Pleurésies typhoïdiques. *Semaine méd.*, 19 octobre 1898.
2. ANDRAL. — Clinique de la Charité, 1839.
3. BARJON et CADE. — Sur l'interprétation de la formule cytologique des épanchements dans les séreuses. *Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, 7 mars 1902.
4. BARJON et LESIEUR. — Pleurésie éberthienne chez un typhique (Soc. des Sciences médicales, 14 nov. 1906).
5. BARLOCCO. — Pleuriti nel Corso dell'infezione tifoïde. *Gazz. degli ospedali delle cliniche*, 3 octobre 1905.
6. BELFANTI. — Riv. di clinica Medica, 1890.
7. BOUILLAUD. — Traité des fièvres essentielles, 1826.
8. BOURGES. — Bull. Méd., février 1916.
9. BRANCATI. — Communicat. Cong. Méd. Intern., 1922. Cité in *rimforma medica*, 1922, p. 1.106.
10. BROUARDEL, RENARD et SELIGMANN. — Transformation d'une pleurésie séro-fibrineuse en pleurésie purulente à bacille paratyphique B. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, n° 5, 16 février 1925, p. 205.
11. BRUHL. — Pneumotyphus. Bacille d'Ebert dans les poumons. *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 1897, p. 99.
12. BRUNEAU. — Complications broncho-pulmonaires de la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1892.
13. CASTEX. — Contribution à l'étude des accidents pulmonaires de la fièvre typhoïde. Thèse de Paris. 1879.
14. CHAPPET. — Pleurésie tuberculeuse post-typhique (Soc. méd. des Hôp. de Lyon, 10 nov. 1903).
15. CHARRIN et ROGER. — Présence du bacille d'Eberth. dans un

épanchement pleural hémorragique (Soc. Méd. des Hôp. de 1891).

16. CHOMEL. — Clinique Médicale, 1839.
17. COLZI. — Della suppurazione dovuta al bacille tifo. *Lo sperimentale*, 1880, p. 623.
18. DINEUR. — Bull. de l'Ac. Royale de Belgique, 1897.
19. DOPTER. — Pleuro-typhus (Soc. Méd. des Hôp., 13 nov. 1904).
20. DUCLOUX. — Contribution à l'étude des accidents pulmonaires de la fièvre typhoïde, Thèse de Montpellier, 1882.
21. DUMAS, PAUPERT, RAVAUT. — Cinq cas de pleurésies au cours de la fièvre typhoïde, *Lyon méd.*, avril 1922, p. 382.
22. FALLET et BOURDINIÈRES. — Progrès Méd., n° 2, 1911.
23. FERNET. — Un cas de pleurésie séro-fibrineuse avec bacille d'Eberth. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp.*, 15 mai 1890. *Sem. Méd.*, 1891.
24. FICHET. — Pyothorax à bacilles typhiques et paratyphiques consécutifs à des blessures de guerre (5 obs.). *Jour. des prat.*, 15 janvier 1916, p. 39 et 72.
25. FINLEY. — Thypoid pleuresy. *The Lancet*, n° 4651, 1912.
26. FRANKEL. — Sur les propriétés pathogènes du bacille typhique. *Verhand der Cong. der. imm. Méd.*, 1887.
28. GALLIARD. — Les infarctus pulmonaires et les pleurésies chez les typhiques (Soc. Méd. des Hôp., 1900, p. 976).
29. — Fièvre typhoïde et tuberculose. *Union méd. de Paris*, I, 1880, p. 48.
30. — Tuberculose post-dothiénentérique, *Méd. Mod.*, Paris, 1897, p. 609.
31. GIROUX. — Infection paratyphique compliquée de pleurésie purulente a para A (Soc. Méd. des Hôp., 25 nov. 1915, p. 1.101).
33. INTROZZI. — Contributio allo studio delle sierositi tifiche (su di caso di pleurite et di peritonite de propagatione tifiche). *Giorn. Clin. Méd.*, 31 août 1929, p. 749-767.
34. JACQUIN. — Diagnostic de la pleurésie tuberculeuse chez les typhiques. Th. de Lyon, 1903.
35. JAUBERT. — Fièvre typhoïde et tuberculose. Th. de Lyon, 1906.
36. JEMMA. — Contributo alla etiologia della pleurite nelle febbre tifoïda. *Gaz. degli. ospedali.*, 21 nov. 1897.

37. JOLTRAIN et PETIT (Jean) — Réunion Médicale de la 1^{re} année 1916.
38. JOSSERAND. — Soc. Méd. des Hôp. de Lyon, 1906.
39. JOSSERAND et GOURMONT (P.). — Fièvre typhoïde compliquée de pleurésie tuberculeuse. *Lyon Méd.*, 3 juin 1906.
40. KELSCH. — Sem. Méd. 1897.
41. — Pleurésie déterminée par le bacille de la Fièvre typhoïde. *Ac. de Méd.*, 23 févr. 1892. *Sem. Méd.*, 1892, p. 173.
42. LABICHE. — Des pleurésies à bacille d'Eberth. *Rh. de Paris*, 1899.
43. LACOMBE. — La pleurésie typhique. *Journ. des Prat.*, n° 14, p. 105.
44. LARTIGNAN. — *Ac. de Méd. de Paris*, 23 février 1892.
45. LASAIGNE. — Pleurésies au cours de la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1879.
46. LECORCHE et TALAMON. — Etudes Méd. faites à la maison Dubois, 1881.
47. LEMIERRE. — Transformation en épanchement putride d'une pleurésie hémorragique consécutive à un infractus pulmonaire, chez un convalescent de fièvre typhoïde. *Soc. Méd. des Hôp.*, 8 nov. 1918.
48. LEMIERRE et DESCHAMPS. — Les syndromes pulmonaires, pseudo-tuberculeux au cours de la fièvre typhoïde et des fièvres paratyphoïdes. *Presse Méd.*, 11 mai 1921, pp. 375-377.
49. LEUDET. — *Archiv. Gén. de Méd.*, 1855.
- 49 bis. BERNARD (Léon). — Fièvre typhoïde et tuberculose. *Paris Méd.*, 1916, p. 68.
50. LÉVI et MALLOIZEL. — Un cas de pleuro-typhus. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 6 novembre 1903, p. 1188.
51. LORIGA et PENSUTI. — Pleurite da bacillo del tifo. *Riforma Med.*, 1890.
52. LUCHERINI. — Contributo alla conoscenza della pleurite tifica. *La Riforma média*, 28 février 1927.
53. MACAIGNE et THÉRY. — *Gaz des Hôp.*, n° 35, 1913.
54. MALLIE. — A propos d'un cas de pleurésie paratyphique. *Journ. de Med. de Bordeaux*, 10 mai 1921.
55. LABBÉ (Marcel). — *Paris Méd.*, juillet 1915.

56. MÉNÉTRIER. — Soc. Méd. des Hôp., 4 déc. 1896, p. 850. Fièvre typhoïde compliquée de pleurésie droite.
57. MÉONI. — Pleuriti tifose revista critica de clinica médica, 1913.
58. MICHEL. — Contribution à l'étude clinique des pleurésies typhiques. Th. de Paris, 1899-1900.
59. MINET. — Complications paratyphoïdes. *Journ. des Prat.*, 11 déc. 1915, p. 798 Soc. Méd. des Hôp. 3 déc. 1915, p. 1106.
61. MOHR et STACHELIN. — Traité de Médecine, chap. Typhoïde, par Schottmüller.
62. MOSNY et BEAUFUMÉ. — Trib. Méd., 1905.
63. MOURIQUAND. — Complic. Pulm. au cours de l'ép. de typhoïde, 1914-1915. *Lyon Médical*, 1915.
64. NETTER. — Recherches bactériologiques pour le pronostic et le traitement des pleurésies purulentes. Soc. Méd. des Hôp., mars 1890, p. 441.
- 65.
66. NOBÉCOURT et PEYRE. — Soc. Méd. des Hôp., 12 janvier 1917, p. 35.
67. NORDMANN et BILLET. — Pleurésies du déclin de la convalescence de la fièvre typhoïde. *Arch. Gén. de Méd.*, 19 juin 1906, p. 1537.
68. OLMER. — *Revue de Méd.*, mai 1916.
69. POTAIN. — Pleurésie et tuberculose dans le cours de la fièvre typhoïde. *Gaz. des Hôp.*, 1885.
70. RAVAUT. — Diagnostic des épanchements séro-fibrineux de la fièvre. Thèse de Paris, 1901.
71. RAYBAUD. — Fièvre typhoïde compliquée de pleurésie. Etude clinique et bactériologique.
68. OLMER. — *Revue de Méd.* ; mai 1916.
69. POTAIN. — Pleurésie et tuberculose dans le cours de la fièvre typhoïde. *Gaz. des Hôp.*, 1885.
70. RAVAUT. — Diagnostic des épanchements séro-fibrineux de la plèvre. Th. de Paris 1901.
71. RAYBAUD. — Fièvre typhoïde compliquée de pleurésie. Etude clinique et bactériologique. *Bul. Méd.*, nov. 1900.
72. RATHERY, AMBARD, VANSTEENBERGUE, MICHEL. — Les pleurésies paratyphoïdes. B, Paris 1916.

73. REMLINGER. — Contribution à l'étude du pleuro-typhus et des pleurésies à bacille d'Eberth. *Rev. de Méd.*, 10 déc. p. 998.
74. — Rendu et de Gennes. Pleurésie interlobaire suppurée à bacille d'Eberth chez un typhique (Soc. Clinique, 1885, p. 248).
75. RIST. — Trois cas de pleurésie avec épanchement chez les typhiques. *Presse Méd.*, janv. 1915, p. 245-247.
76. SACQUEPÉE. — Semaine Méd., n° 52, 1910.
77. SIREDEY — Sur un cas de pleurésie à bacille d'Eberth (Soc. Méd. des Hôp., 12 octobre 1900, p. 973).
78. SPIGEL — De Febre semi semitertiana, Frankfort, 1624.
79. SOUQUES, LESNÉ, RAVAUT. — Sur deux cas de pleurésie typhoïdique (Soc. Méd. des Hôp., 19 janvier 1900, p. 973).
81. TALAMON. — Médecine moderne, 1891.
82. TAUPIN. Ann. de Méd. et de Chi. 1839.
83. TROUSSEAU. — Cliniques, 1861.
84. TWEEDIE — Lecture sur les caractères distinctifs, la pathologie et le traitement des fièvres continues, 1862.
86. VERGNAUD. — Fièvre typhoïde et tuberculose. Th. de Paris, 1901.
87. VINCENT. — Cytologie et bactériologie des pleurésies typhoïdiques (Soc. de Biologie, 7 nov. 1903, p. 1305).
89. WIDAL et LEMIERRE — Pleurésie typhoïdique (Soc. de Biol., 21 novembre 1903, p. 1431).
90. WIDAL et MERKLEN. — Les pleurésies typhoïdiques (Soc. Méd. des Hôp., 27 juillet 1900, p. 924).
91. WIDAL et RAVAUT. — Applications cliniques de l'étude histologique des épanchements séro-fibrineux de la plèvre. Cyto-diagnostic (Soc. de Biol., 30 juin 1900).

